JAMK Journal of Health and Social Studies
JAMK-JHSS e-journal
ISSN 2490-029X
Journal homepage: https://verkkolehdet.jamk.fi/jhss/

Lapsen oikeuksien toteutuminen terveyttä edistävässä sairaalassa

Jenni Ikola-Mäki [1]*, Heidi Pasonen [1] and Sirpa Tuomi [1]

[1]*JAMK University of Applied Sciences, Finland*

KEYWORDS

lapsen oikeudet
lapsen oikeudet sairaalassa
lapsen oikeuksien toteutumisen itsearvi-oinnin malli ja mittari
SEMT
lasten sairaanhoito
osallisuus
perhehoitotyö

ABSTRACT

Lasten oikeudet sairaalassa pohjautuvat YK:n lapsen oikeuksien julistukseen. Lapsen oikeudet sairaalassa vahvistavat lapsen osallisuutta omaan hoitoonsa ja terveydenhuollon yksilöllisempää palvelukulttuuria. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten lasten oikeuksia kunnioitetaan terveyttä edistävässä sairaalassa. Tavoitteena oli arvioida lasten oikeuksien kunnioittamista kansainvälisen arviointimittarin avulla hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Opinnäytetyössä käytetty itsearvioinnin mittari The Self-Evaluation Model and Tool for respect in children (SEMT) on kehitetty vuonna 2004 alkaneen kansainvälisen tutkimuksen tuloksena. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena. Aineis-to kerättiin Keski-Suomen Keskussairaalan lasten vastuualueelta lääkäreiltä ja hoitohenki-lökunnalta sähköisellä kyselykaavakkeella Webropol-ohjelmalla. Keskeisiä kehittämistarpeita kyselyyn vastanneiden mielestä olivat tarve lisäkoulutukselle ja suunnitelmalle lasten oikeuksien tiettyjen osa-alueiden (kuten tasapuolisen hoitoon pääsyn ja lastensuojelullisten toimien) toteutumisen jatkuvasta arvioinnista. Koulutusta kaivattiin standardeihin lapsen oikeuksista sairaalassa, monikulttuuriseen hoitotyöhön, leikin hyödyntämiseen hoito- ja tutkimustilanteissa sekä kuolevan lapsen kohtaamiseen ja kivun hoitoon. Lapsen iän ja kehitystason mukaisen tietoisen suostumuksen huomioi-miseen koettiin tarvetta toimintaohjeille. Toimintaohjeiden kautta lapsen osallisuus voi vahvistua. Lapsen osallisuuden lisääminen yksiköiden toiminnan ja palvelun kehittämi-sessä koettiin myös tärkeäksi. Organisaation sitoutuminen lasten oikeuksiin tulisi olla näkyvämpää, mm. lapsille jaettavan materiaalin ja oikeuksien esillä olemisen kautta. Olennaiseksi koettiin organisaation sitoutuminen periaatteisiin sekä jatkuva arviointi ja laadunhallinta organisaation sisällä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitet-täessä sairaalan perhehoitotyötä ja lapsen oikeuksien toteutumista sairaalan yksiköissä.

Peer review under responsibility of JAMK Journal of Health and Social Studies.

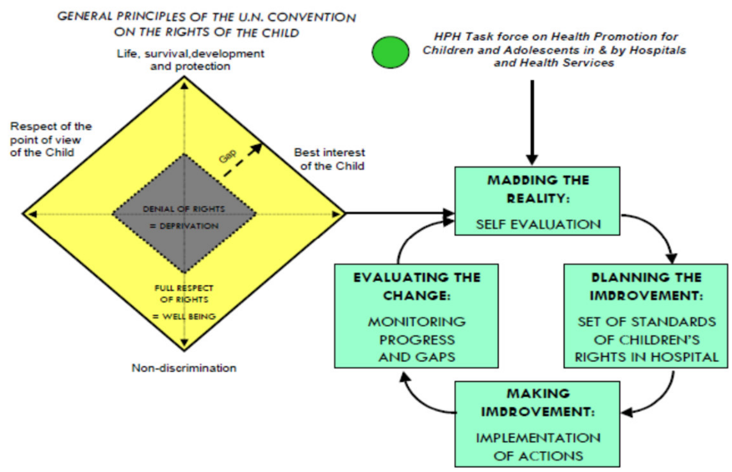
1 Johdanto

Lapsen oikeudet ja osallisuus ovat olleet viime vuosina paljon esillä yhteiskunnan eri palveluissa sekä poliittisella tasolla. Tutkimuksissa on keskitytty enenevissä määrin lapsen osallisuuteen ja toimijuuteen. Näkökulmana on lapsen ymmärtäminen oman elämänsä tapahtumissa tekijänä, ei ainoastaan aikuisen toiminnan kohteena. (Rainio 2012, 108.) Sairaalahoidossa olevan lapsen oikeuksien eri osa-alueiden yhdistävänä tekijänä ja terveyttä edistävien sairaaloiden toimintaa ohjaavissa standardeissa tärkeänä osana onkin potilaan osallisuus omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon liittyen. (HPH-MFH 2014, 17; WHO 2004, 8-9.) Lasten oikeudet painottavat lasten samanlaisia oikeuksia kulttuuritaustasta, rodusta tai uskonnosta riippumatta. Monikulttuuristuvassa Suomessa lapsen osallisuuden huomioimisessa lisääntyvästi korostuu myös tietoisuus erilaisista kulttuureista. (Kivijärvi 2016, 251.) Kulttuuriset erot huomioivia lapsen oikeuksia sairaalassa on kehitetty kansainvälisen The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services-verkoston (HPH) toimesta. Psykologit ja pediatrit havaitsivat 1950-luvulla, että sairaalahoidossa olevien lasten psyykkinen ja emotionaalinen hyvinvointi huononivat sairaalahoidon aikana. Iso-Britanniassa vapaaehtoisjärjestöt ja ministeriö alkoivat tehdä töitä asian kehittämiseksi ja varhaisessa vaiheessa eri maiden järjestöt ryhtyivät yhteistyöhön. European Association for Children in Hospital eli EACH, loi vuonna 1988 Leidenin konferenssissa kymmenen kohdan standardit sairaiden lasten ja heidän perheidensä oikeuksiin sairaalahoidon aikana sekä sitä ennen ja sen jälkeen. Seuraavana vuonna julkaistu YK:n lapsen oikeuksien julistus tuki voimakkaasti näitä EACHin kymmenen kohdan standardeja. (EACH 2016, 4-5.) EACH laati julkilausuman lasten oikeuksista sairaalassa vuonna 1993. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 222). Tässä julkilausumassa korostettiin lasten oikeutta parhaaseen mahdolliseen hoitoon sekä tuotiin esille terveydenhuollon laadun ja saatavuuden epätasa-arvoisuutta maailmanlaajuisesti. Keskeiseksi teemaksi julkilausumassa nousi lapsen oikeus osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoonsa. Myös vanhempien osaamista ja tietoa lapsen voinnista ja terveydestä korostettiin arvokkaana asiana lapsen hoidon suhteen. (Alderson 1993; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 222-223.) EU julkaisi 2011 toimintaa ohjaavan käsikirjan lapsiystävälliseen terveydenhuoltoon,

* *Corresponding author e-mail address*: jenni.ikola-maki@jamk.fi
Peer review under responsibility of JAMK Journal of Health and Social Studies.

URN: http://urn.fi/urn:nbn:fi:jamk-issn-2490-029X-5
Citation: Ikola-Mäki, J., Pasonen, H., Tuomi, S. (2018) Lapsen oikeuksien toteutuminen terveyttä edistävässä sairaalassa, JAMK Journal of Health and Social Studies, e183.

jossa keskeisiä asioita ovat lapsen oikeudet, tasavertainen hoitoon pääsy ja lapsen osallisuus. Tämän käsikirjan avulla voidaan EU-maissa seurata hoitotyössä lapsilähtöisyyden toteutumista ja täten arvioida myös hoidon laatua. Käsikirjan sisältö mukailee hyvin paljon samoja teemoja, kuin muut esimerkiksi NOBABin julkaisemat lapsen oikeudet sairaalassa. (Council of Europe 2011, 5-6.) Näitä lapsiystävällisen hoitotyön kriteereitä tutkittiin laajasti EU:n alueella 2011. Tutkimukseen osallistui 22 maata, joista Suomi oli myös yksi osallistujista. Keskeiset toiveet lapsilla omaa hoitoaan kohtaan oli, että heitä kuunneltaisiin enemmän, että ammattilaiset olisivat ystävällisempiä ja juttelisivat heille enemmän ja, että heille annettaisiin tietoa siitä, mitä heille tapahtuu. (Kilkelly 2011, 4, 18.) Lasten oikeudet sairaalassa tukevat lasten osallisuutta ja sen lisäämistä sairaalahoidossa. Lapsilta kysyttäessä palautetta keskeistä on kuitenkin ollut, että he toivoisivat tulevansa enemmän kuulluksi ja saavansa enemmän rehellistä tietoa sairaudestaan ja hoidostaan. (Dedding ym.2012, 8, 12.) Pelanderin (2008, 82) väitöskirjassa tutkittiin hoitotyön laatua ja sen toteutumista lasten näkökulmasta. Lapset kokivat puutteita tiedon saannissa ja omissa osallistumismahdollisuuksissaan päätöksentekoon tai omaan hoitoonsa. Lapset kokivat, etteivät hoitajat tukeneet heitä osallistumaan heidän omaan hoitoonsa. (Pelander 2008, 81-84.) Lasten oikeus tulla kuulluksi toteutuu myös Ollin (2012, 17) mukaan puutteellisesti. Samansuuntaisia tuloksia ovat saaneet muutkin tutkijat. Perhehoitotyön perhekeskeisyys ja –lähtöisyys saattaakin käytännössä olla enemmän vanhempikeskeisyyttä. Lapsen sijaan hoitoon liittyvissä päätöksissä ja asioissa kuunnellaan enemmän vanhempia, vaikka vanhemmat eivät välttämättä osaa kuunnella lastaan tai tiedä lapsensa toiveita. (Olli 2012, 17.) Henkilökunnan kiireen takia keskustelua lapsen kanssa on vähän, lapsen mielipidettä ei aina kysytä. Hoito-ohjeita saatetaan antaa suoraan vanhemmille. Tähän voi vaikuttaa aikuisten halu suojella lasta ja hoitohenkilöstö voi myös ajatella, ettei lapsi ole kykenevä osallisuuteen. Lapsilla on kuitenkin tarve osallistumiseen ja osallisuuteen sairaalahoidon aikana. Vaikka lapsi ei olisi kykenevä tekemään itsenäistä päätöstä hoitonsa suhteen, voi hän jollain tavalla olla osallisena päätöksenteossa yhdessä aikuisten kanssa. (Pelander 2008, 82.) Juridisesti ajatellen lapsen osallisuus ja itsemääräämisoikeus ovat haastavia kysymyksiä terveydenhuollossa. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä, että lapsi on antanut tietoisen suostumuksensa hoitoonsa. Päätöksen tulee pohjautua riittävään ja ymmärrettävään tietoon hoidosta ja lapsella tulee olla kyky tehdä itseään koskevia päätöksiä. Lapsen päätöskyvyn arvioiminen on eettisesti merkityksellistä siltäkin kannalta, että lapsen etu ei välttämättä hoidossa toteudu, jos hän tekee päätöksen johon ei ole kykenevä. Lapsella on kuitenkin myös oikeus olla ilmaisematta omaa mielipidettään. Lapsella tulee olla turva ja vapaus ilmaista mielipiteitään ilman painostusta. (Pollari & Lohiniva-Kerkelä 2013, 275-280.) Lasten sairaanhoidossa lapsen osallisuus päätöksentekoon voi olla esimerkiksi sitä, että hän voi vaikuttaa hoidon toteutustapaan ja toiminnan tavoitteisiin, vaikka vanhemmat tekisivät aiemmin päätöksen hoidosta. (Olli 2012, 19.) Lapsen osallisuudessa tiedon saantiin tärkeää on, että lapselta kysytään, onko hän ymmärtänyt saamansa tiedon. Lapselle osallisuus on tiedon saamisen lisäksi mm. toiveiden ilmaisun mahdollisuutta. (Marttila 2015, 34-5.) Terveyttä edistävät sairaalat ovat vuonna 2017 Jyväskylässä järjestetyssä yhteistyökokouksessa sitoutuneet toiminnassaan noudattamaan kokouksessa hyväksyttyjä haavoittuvia ryhmiä koskevia yhdenvertaisuutta koskeavia standardeja. (Maahanmuuttajat huomioon ottava ja kulttuurista osaamista edistävä terveydenhuoltoverkosto 2017). Standardien mukaan organisaation toimintaperiaatteiden ja suunnitelmien tulee edistää yhdenvertaisuutta ja vähentää epätasa-arvoa terveyteen liittyvissä asioissa. Hoitoon pääsyn tulee olla yhdenvertaista ja palvelujen kaikkien saatavilla. Saatavilla olevat palvelut ja hoito tulee olla yksilöllistä ja perhekeskeistä, sekä terveyttä edistävää. Ympäristön tulee olla asiakkaalle turvallinen ja osallistava. Organisaation tulee tukea asiakkaita osallisuuteen myös palveluja suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa. Organisaatioilla tulee olla suunnitelmat ja mittarit standardien ja niiden sisällä olevien toimintaohjeiden, kuten osallisuuden arviointiin ja seurantaan. (HPH-MFH 2014, 37-68.) Yksi merkittävä laatutekijä suomalaisen tutkimuksen mukaan lasten sairaanhoidossa on se, että kaikki lasten kanssa toimivat ammattilaiset olisivat saaneet koulutusta pediatristen potilaiden kohtaamiseen ja lasten sairaanhoitoon. Tärkeää on, että koulutukseen sisältyy myös tietoa lasten oikeuksista ja iän sekä kehityksen mukaisesta vuorovaikutuksesta. Puutteet vuorovaikutuksessa vaikuttavat hoidon laatuun. Lapsen osallisuutta sairaalassa kehitettäessä on tärkeä avata työyhteisön ja henkilöstön kesken, millaiseksi ympäristöä tulisi luoda, jotta lapset kokevat olevansa vapaita ilmaisemaan omat ajatuksensa ja toiveensa. Jokaisen työntekijän henkilökohtaisella suhtautumisella tähän asiaan on iso merkitys kokonaisuuden kannalta. (Dedding ym. 2012, 15.) Keskeistä lapsen osallisuuden lisäämisen suhteen on hoitohenkilöstön valmius tehdä töitä ilman tarkkaa etukäteissuunnittelua. Lapsen ja perheen osallistuessa päätöksentekoon, ei työntekijän oma suunnitelma voi olla lähtöasetelmana tai tuloksena. Käsitteenä tälle työskentelylle on jaettu hallinta. Siinä lapsi on tasavertaisessa suhteessa hoitohenkilöstöön verrattuna. (Dedding ym. 2012, 16.) Lapsen osallisuutta sairaalahoidossa määriteltäessä täytyy avata, mitä osallisuudella tarkoitetaan. Osallisuus voi olla esimerkiksi konsultoivaa vuorovaikutusta, jaettua päätöksentekoa tai potilaan oma-aloitteista toimintaa. Osallisuus vaihtelee ja se voi olla eri asteista. Lapsen osallisuuden asteeseen tai toteutumiseen sairaalassa vaikuttaa mm. lasten esille tuomien ehdotusten konkreettinen toteuttamismahdollisuus tai niihin käytettävissä olevat resurssit. (Dedding ym.2012, 10-11.) Lapsen osallisuuteen sairaalassa on EACH julkaissut käsikirjan, jonka avulla sairaalat voivat kehittää lasten osallisuuden toteutumista. Työyhteisöltä vaatii aikaa ja tahtoa muuttaa toimintakulttuuriaan yhä useampia näkökulmia huomioivaksi. Tässä henkilöstön koulutus ja käsikirjan mukainen kehittäminen yhdessä ulkopuolisen tahon kanssa on suositeltavaa. Kehittämistyö vaatii ensisijaisesti johdon sitoutumista uuteen toimintatapaan johtavaan prosessiin ja prosessin hyvää suunnittelua ennen toteutusta. Myös johdon osallistumisella kehittämisprosessiin on suuri vaikutus sen onnistumisessa ja uuden toimintatavan juurtumisessa käytäntöön. (Dedding ym. 2012, 13-14.) Osallisuutta kehitettäessä tärkeää on, että lapset ovat osa prosessia. Lasten mukaan ottamiselle kehittämistyöhön on myös oikeudellinen velvoite. Lapsinäkökulman esille tuleminen voi olla terveydenhuollolle mahdollisuus kehittää palvelua lapsiystävällisemmäksi. (Pollari & Lohiniva-Kerkelä 2013, 276-277.) Terveyttä edistävien sairaaloiden verkoston (Health Promoting Hospitals-HPH) tavoitteena on lisätä laadunhallintaa ja –tarkkailua maailmanlaajuisesti sairaaloissa. Verkosto keskittyy myös terveyden edistämiseen organisaatioissa ja asuinympäristöissä. (Simonsen 2013, 29.) Terveyden edistämisen avulla pyritään vaikuttamaan lasten ja nuorten terveyteen, ehkäisten terveyden polarisoitumista. Perheitä kohdatessa kokonaisvaltainen perheen tilanteen kartoittaminen on osa terveyttä edistävää työtä. Sairaalahoidossa lapsen ja perheen kokonaisvaltaiseen hoitoon voidaan vaikuttaa esimerkiksi lapsen oikeuksien kautta. HPH:n tekemän tutkimuksen perusteella lapsen oikeuksien kunnioittaminen organisaatioissa paitsi parantaa palveluiden laatua, mutta myös asiakkaina olevien lasten ja perheiden sairauksien hoitotasapainoa ja terveyttä. (Hopia 2006, 92-98; HPH-CA 2010, 12; Tuomi 2008; 37-39; WHO 2004, 11.) Suomessa lapsen oikeuksien sopimuksen toteutumista valvovat eduskunnan oikeusasiamies sekä lapsiasiavaltuutetun instituutio. Valvonnan tehostamista on suositeltu, esimerkiksi viranomaisten olisi suotavaa kehittää omavalvontaa omien hallinnonalojen toimissaan. (Pajulammi 2014, 171.) Sekä valvonnan että itse sopimuksen täytäntöönpanon on nähty olevan puutteellista. Kun lasten oikeuksien sopimus astui voimaan 1989, nähtiin Suomen lainsäädännön kattavan hyvin lapsen oikeuksien toteutumisen. Toteutumista onkin huomioitu kattavammin lainsäädännön näkökulmasta, kuin esimerkiksi yhteiskuntapolitiikan ja päätösten näkökulmasta. (Hakalehto-Wainio 2013, 20.) Lapsen oikeuksilla sairaalahoidon aikana pyritään juuri turvaamaan se, että laadukkaan hoidon lisäksi lapsen iän ja kehityksen mukaiset tarpeet tulisivat huomioiduiksi ja lapsen elämä rajoittuisi mahdollisimman vähän hoidon aikana. Vuonna 2004 perustettiin HPH:n toimesta kansainvälinen 15 jäsentä sisältävä ryhmä (Task Force HPH-CA) kehittämään operatiivista viitekehystä instituutioille, päätöksentekijöille sekä terveydenhoitoalan organisaatioille ja ammattilaisille, lasten ja nuorten terveydenhuollon erityiskysymyksiin liittyen. Lasten oikeuksien toteutumisessa sairaalahoidossa oltiin havaittu olevan puutteita ja haluttiin kehittää työkalu oikeuksien toteutumisen arviointiin. Tämän projektin ja tutkimuksen tuotoksena syntyi malli ja mittari lasten oikeuksien toteutumisen arviointiin; Self-evaluation Model and Tool on the Respect of Children´s Rights in Hospital (SEMT). Mittarin (SEMTin) avulla sairaalat voivat arvioida lasten oikeuksien toteutumista, suunnitella kehittämistarpeita tulosten ja lasten oikeuksien standardien pohjalta, toteuttaa kehittämiseksi vaativat toimenpiteet sekä arvioida kehittämistyön vaikuttavuutta ja uusia kehittämistarpeita uudelleen mittarin avulla (ks. Kuvio 1). (HPH-CA 2010, 9.)



Kuvio 1. Self-Evaluation Model on the Respect on the Children´s Rights in hospital (HPH-CA 2010, 10).

SEMTin mallin keskeiset teemat nousivat YK:n lapsen oikeuksien julistuksen neljän artiklan pohjalta, joita ovat; syrjimättömyys (artikla 2), lapsen edun huomioiminen (artikla 3), lapsen synnynnäinen oikeus elämään ja kehittymiseen (artikla 6) ja lapsen oikeus tulla kuulluksi sekä ilmaista näkemyksensä (artikla 12). (HPH-CA 2010, 9.) Mallin rinnalla kulkevan käsikirjan ja mittari tarkoitus on auttaa toimijoita ja organisaatioita arvioimaan lasten oikeuksien toteutumisen nykytilaa ja kehittää sitä omassa toiminnassaan. Käsikirja noudattaa HPH:n terveyden edistämisen laatustandardeja, joten se voi toimia osana toiminnan laadunhallintaa. (F. Guerreiro 2012, 7; HPH-CA 2010, 11.) Kolme teemaa oikeuksien toteutumista arvioivassa käsikirjassa ovat;

1. Lapsen oikeus parhaaseen mahdolliseen saatavilla olevaan hoitoon
2. Lapsen oikeus tiedon saantiin sekä päätöksentekoon osallistumiseen kaikissa omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa
3. Lapsen oikeus olla suojassa kaikelta mahdolliselta väkivallalta (HPH-CA 2010, 11.)

Näiden teemojen alle tulevat lasten oikeuksia sairaalahoidossa koskevat standardit, joiden kautta oikeuksien toteutumista voidaan arvioida. Standardi 1 pitää sisällään lapsen oikeuden parhaaseen mahdolliseen saatavilla olevaan hoitoon, joka on näyttöön perustuvaa, lapsen oikeudet huomioivaa ja yksilöllistä sekä perhelähtöistä. Standardi 2 arvioi, miten laajasti ja kattavasti terveydenhuollon palveluissa kunnioitetaan syrjimättömyyden ja yhdenvertaisuuden periaatteita. Kolmannen standardin avulla selvitetään leikin ja oppimisen mahdollistamista lapselle sairaalassaolon ajan. Standardi 4 keskittyy lapsen oikeuteen saada tietoa ja osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Viidennen standardin avulla saadaan tietoa sairaalaympäristön turvallisuudesta, puhtaudesta ja sopivuudesta lapsen hoitoon ja oikeuksiin liittyen. Standardi 6 pitää sisällään lapsen suojelemisen kaikelta väkivallan muodoilta. Väkivallalla tarkoitetaan tässä tapauksessa sekä henkistä, että fyysistä väkivaltaa sekä hyväksikäyttöä, laiminlyöntiä, hoidon laiminlyöntiä, tahatonta loukkaantumista ja kaltoinkohtelua. Viimeisen standardin (7) kautta arvioidaan kivun hoidon ja palliatiivisen hoidon toteutumista lasten sairaanhoidossa. (F.Guerreiro 2012, 8-9.)

Käsikirjoja lasten oikeuksien arviointiin on viisi. Eri käsikirjat esimiehille ja johdolle, ammattihenkilöstölle, vanhemmille ja huoltajille sekä lapsille. Kysymyspatteristoa voi käyttää esimerkiksi haastattelun runkona tai kysymyskaavakkeena. Nämä käsikirjat on julkaistu englannin lisäksi yhdeksällä kielellä (espanja, eesti, ranska, saksa, kreikka, unkari, italia, norja ja portugali). Ensisijaisesti käsikirjojen avulla toivotaan maailmanlaajuista kehitystä lapsen osallistumisen ja osallisuuden lisäämiseksi ja siihen, että lapsi nähtäisiin keskeisenä toimijana oman terveytensä edistämisessä sekä terveyden edistämisessä laajemmin. (F. Guerreiro 2012, 4; HPH-CA 2010, 11.) Käsikirja on luotu kansainvälisen tutkimuksen kautta, joten se ei suoranaisesti huomioi maiden, maakuntien tai kuntien eroja terveydenhuollon toiminnassa tai organisaatioissa. Eroista huolimatta lasten kokemukset eri maiden ja toimijoiden kesken ovat usein samanlaisia ja ratkaisut näihin samankaltaisia toimitapaeroista huolimat-ta. (F. Guerreiro 2012, 6.) SEMTin avulla lasten oikeuksien toteutumista sairaalahoidossa on laajasti arvioitu Kirgisiassa, Tadzhikistanissa ja Moldovassa vuonna 2014 ja Georgiassa vuonna 2015. (F. Guerreiro 2014a, 8-11; F. Guerreiro 2014b, 9-13, 22-28; WHO 2015, 7-12.)

2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimus toteutettiin Keski-Suomen keskussairaalassa ja se oli osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintaohjelmaa, jossa keskitytään asiakkaan osallistumiseen oman terveytensä ja hyvinvointinsa kehittämiseen sekä läheisten mukana oloon asiakkaan tukiverkostona. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintaohjelma 2015-2018). Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten lasten oikeuksia kunnioitetaan terveyttä edistävässä sairaalassa, lapsia hoitavissa yksiköissä. Tavoitteena oli arvioida lasten oikeuksien kunnioittamista kansainvälisen arviointimittarin avulla hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksen tulosten avulla voidaan kehittää yksilöllistä perhekeskeistä hoitotyötä sairaalassa sekä edistää lasten osallisuutta omaan hoitoonsa.

Tutkimuskysymykset:

1) Miten SEMTin mukaiset lapsen oikeuksien kriteerit toteutuvat Keski-Suomen Keskussairaalassa ja miten tietoisia organisaatiossa ollaan lapsen oikeuksista?
   - Miten hoidon laatua ja toteutumista arvioidaan sairaalassa?
   - Miten lapsi ja hänen yksilölliset tarpeensa huomioidaan hoidon aikana, toteutuuko lapsen mahdollisuus leikkiin ja vapaa-aikaan sairaalahoidon aikana?
   - Saako lapsi tietoa sairaudestaan ja hoidostaan ja miten hänen osallisuus toteutuu sairaalahoidon aikana?

- Miten sairaalassa on huomioitu ympäristön turvallisuus ja esteettömyys?
- Miten lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen toteutuu sairaalassa?
- Miten lapsen palliatiivinen hoito ja kivun hoito toteutuvat sairaalassa?

2) Mitä kehittämisen kohteita tulosten pohjalta nousee lasten oikeuksien kunnioittamisen suhteen esille?

3. Tutkimuksen toteutus

3.1 Tutkimuksen asetelma ja tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lasten oikeuksien toteutumisen nykytilannetta Keski-Suomen Keskussairaalassa, joten määrällinen tutkimusote sopi siihen hyvin. Tutkimuksessa tutkimuskysymykset keskittyivät kuvailemaan lasten oikeuksien toteutumista Keski-Suomen Keskussairaalassa. Lapsen oikeuksien viitekehyksenä tutkimuksessa on kansainvälinen Self-Evaluation Model and Tool on the respect of children in hospital (SEMT). Tätä viitekehystä ei ole käytetty tutkimuksissa tai hoitotyön arvioinnissa vielä Suomessa, joten tutkimus oli uutta tietoa tuottavaa. (Burns & K. Grove 2005, 44.)

3.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksessa kohderyhmän koko oli 152 henkilöä ja se koostui Keski-Suomen keskussairaalan lastentautien toiminnan alla olevien yksiköiden hoitohenkilökunnasta: lastentautien poliklinikan, lasten neurologian, lasten psykiatrian, vastasyntyneiden osaston, lasten osaston sekä lasten päiväosaston hoitohenkilökunnasta, lääkäreistä sekä erityistyöntekijöistä. Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan tässä tilanteessa hoitotyön esimiehiä, sairaanhoitajia sekä lastenhoitajia. Erityistyöntekijöillä tarkoitetaan mm. lasten osastoilla työskenteleviä toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja ja psykologeja. Kutsuista 25 lähti lääkäreille ja 127 hoitohenkilöstölle (sisältäen erityistyöntekijät).

3.3 Aineiston keruu

Kun tutkitaan lasten oikeuksien toteutumisesta sairaalahoidossa, voidaan aineistoa kerätä hoitotyöntekijöiltä, vanhemmilta tai lapsilta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 367). Kysely toteutettiin Webropol-kyselynä. Kyselylomake esitestattiin Jyväskylän Ammattikorkeakoulussa jatkotutkintoa opiskelevien opiskelijoiden sekä opettajien taholta ja saadun palautteen pohjalta kyselyä vielä muokattiin. Kysymysten muokkaaminen kohdistui suomen kieleen ja hoitotyön sanastoon, koska kysymykset oli käännetty englannista suomeksi. (Bryman 2012, 263; Burns & K. Grove 2005, 400.) Tutkimuksessa kyselyn viitekehyksenä käytetty SEMT (Self-Evaluation Model and Tool) on kehitetty kansainvälisen laadullisen tutkimuksen kautta, perheitä ja työntekijöitä haastatellen. Lasten oikeuksia sairaalahoidossa ilmiönä kartoitettiin ja sen pohjalta laadittiin kriteerit hoidon laadun arvioimiseen, lasten oikeuksien suhteen. Kyselylomakkeen kysymysten runkona oli SEMTin kolme suurempaa teemaa;

- Lapsen oikeus parhaaseen mahdolliseen hoitoon
- Lapsen oikeus tiedon saantiin ja päätöksentekoon osallistumiseen
- Lapsen oikeus olla suojassa kaikelta väkivallalta (HPH-CA, 11).

Kyselyssä käytettiin valmiiksi luotua mittaristoa, joten kyselylomake eteni sen mukaan. Kysymysten järjestystä tei muutettu. Kyselylomake koostui kahdeksasta osasta; ensimmäisestä, ns. identifikaatio-osasta, jossa kysyttiin ammatti tai asema lastensairaanhoidon piirissä, sekä seitsemästä tieto-osasta, jotka sisälsivät varsinaiset tutkimuskysymykset. Nämä tieto-osat oli jaoteltu käytetyn kansainvälisen mittariston kolmen isomman teeman alle, samoin kuin alkuperäisessä mittaristossa on. Teemat olivat lastensairaanhoidon laatu ja laadunhallinta, tasa-arvo ja syrjimättömyys, leikki ja oppiminen, lapsen osallisuus ja tiedon saaminen, sairaalaympäristön turvallisuus, lapsen suojeleminen väkivallan muodoilta sekä lapsen kivun hoito ja palliatiivinen hoito. (Tähtinen ym. 2011, 22-23.) Tutkimuksessa vastauksiin käytettiin viisiportaista Likertin asteikkoa, jossa vastausvaihtoehtojen ääripäinä olivat täysin eri mieltä tai täysin samaa mieltä ja keskimmäisenä vaihtoehtona ei samaa eikä eri mieltä-vastusvaihtoehto. Lisäksi nollavaihtoehtona oli; Ei koske minun työtäni. (Bryman 2012, 166-167; Burns & K. Grove 2005, 402-404; F.Polit & Tatano Beck 2014, 186-188; Heikkilä 2014, 49, 51; Valli 2015, 70-71.) Aineisto kerättiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla henkilöstöltä loppusyksystä 2017. Verkkokyselyille tyypilliseen tapaan vastausten määrä ensimmäisen kutsun jälkeen oli pieni, joten vastausprosentin nostamiseksi muistutus-viestejä lähetettiin useampi. (Burns & K. Grove 2005, 401-402; F. Polit & Tatano Beck 2014, 347-348.)

3.4 Aineiston analysointi

Määrällisessä tutkimuksessa aineiston analysoinnin raamit tulevat tutkimuskysymyksistä ja tutkimusongelmasta. Kun tarkoituksena on kuvailla jotain ilmiötä, aineistoa analysoidaan ja kuvataan tunnuslukujen ja jakaumien kautta. (Burns & K. Grove 2005, 452, 457; Metsämuuronen 2004, 17.) Aineiston kuvaamisen kannalta keskeisiä lukuja ovat moodi ja keskiarvo. Lisäksi keskeistä on aineistosta nostaa esille myös vastausten/lukujen vaihtelevuus. (Bryman 2012, 217-218, 338-339; Burns & K. Grove 2005, 461-463; F. Polit & Tatano Beck 2014, 215-220.) Analyysissa keskityttiin perusdataan. Aineisto analysoitiin webropolin omalla ohjelmalla ja siirtämällä tiedot exceliin. Avoimet kysymykset olivat teemoittain kyselyssä, joten aineisto analysoitiin näiden teemojen mukaisesti. Yhtä teemaa koskevien väittämien täydennykset avointen kysymysten kautta toivat lisätietoa väittämiin ja vastaukset koskivat selkeästi aina jotain väittämää, jolloin avointen kysymysten vastauksista ei noussut omia erillisiä teemoja tai vastauksia. Vastaukset täydensivät numeraalista materiaalia ja sen sisältöä sekä analysointia.

4 Tulokset

Kyselyyn kutsuja lähti osastonhoitajien kautta kokonaisuudessaan 152, vastauksia tuli 40, joten vastausprosentti oli 26,32%. Kyselyyn vastanneet työskentelivät joko osastolla tai poliklinikalla. Vastaajien ikä vaihteli 28:n ja 64:n välillä. Työkokemus lastensairaanhoidossa vaihteli alle vuodesta 38:an vuoteen, painottuen pidempään työkokemukseen. Ammattiryhmät kyselyssä oli eritelty esimiehiin, lääkäreihin, sairaanhoitajiin, lastenhoitajiin ja erityistyöntekijöihin, joilla tarkoitettiin esimerkiksi sosiaalityöntekijöitä, fysioterapeutteja, psykologeja, toimintaterapeutteja jne. Vastausprosentti kyselykutsujen perusteella oli lääkäreillä 28% (25 kutsua, 7 vastausta) ja hoitohenkilöstöllä 24% (sisältäen erityistyöntekijät, kutsuja 127, vastauksia 30).

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot

Taustatieto	n	%	Keskiarvo	Mediaani	SD	Vaihteluväli
Ikä	40		43,92	42	9.937	28-64
28-35	9	22,5				
36-50	20	50				
>50	11	27,5				
Työkokemus	40		15,94	15	8.7951	alle 1-38
alle 1-10	13	32,5				
11-20	13	32,5				
>20	14	35				

Ammatti/Asema	39	
Esimies	2	5,1
Lääkäri	7	18,0
Sairaanhoitaja	25	64,1
Lastenhoitaja	3	7,7
Erityistyöntekijä	2	5,1
Työpiste	40	
Osasto	24	60
Poliklinikka	16	40

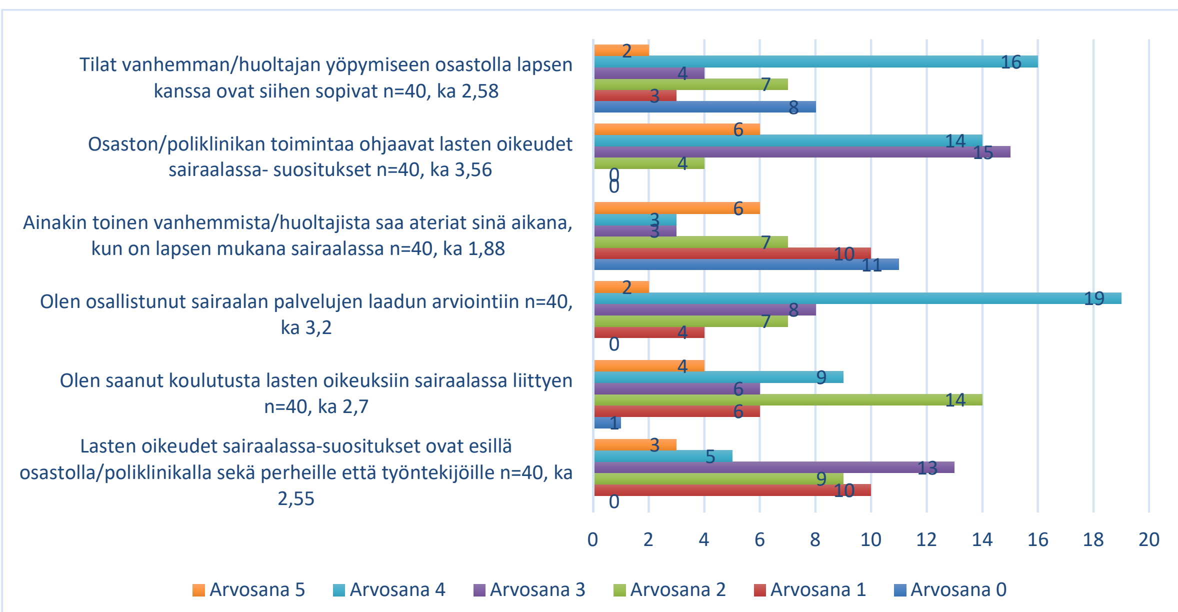
4.1 Lasten sairaanhoidon laatu ja laadunhallinta

Henkilökunta oli hyvin erikoistunut tai saanut koulutusta lasten sairaanhoitoon (Mo=5, n=29/40) sekä lasten ja nuorten terveyteen liittyen (Mo=5, n=31/40). Vaikka henkilökunta oli saanut koulutusta hyvin lapsen terveyteen ja lasten sairaanhoitoon liittyen, mutta lapsen oikeuksiin liittyvää koulutusta koettiin saadun riittämättömästi (Mo=2, n=14/40). Hoitosuositukset olivat henkilökunnalla hyvin tiedossa sekä tieto siitä, mistä viralliset toiminta- ja hoito-ohjeet löytyvät (Mo=4, n=20/40). Asiakastyytyväisyyskyselyjä toteutetaan henkilökunnan arvioinnin mukaan säännöllisesti ja suunnitellusti (Mo=4, n=18/39). Yksiköissä koettiin myös hyvin olevan lapsille ja perheille jaettavaa materiaalia sairaalan aikatauluista ja palveluista (Mo=4, n=16/40).

Lasten sairaanhoidon laatuun liittyvissä tekijöissä voidaan tulkita kehittämistarpeeksi myös lasten oikeuksien esillä olemisen toteutuminen yksiköissä. Valtaosa vastaajista vastasi neutraalisti (arvosana 3=ei samaa eikä eri mieltä, n=13/40), mutta painotus väittämässä oli arvosanoissa 1-3 (n=31/40). Samoin lasten oikeuksien yksi-kön toimintaa ohjaavina arvoina sai valtaosan vastaajista valitsemaan vaihtoehdon 3 (n=15/39), mutta painotus vastauksissa oli kuitenkin arvosanoissa 3-5 (n=35/39). Lasten oikeuksien suositusten mukaan olisi hyvä, että ainakin toinen vanhemmista saisi ruoan lapsen sairaalassa ollessa, tämän toteutumisessa puutetta koki valtaosa vastaajista (Mo=1, n=10/40). Jokaisen osa-alueen väittämien yhteydessä olevan avoimen kysymyksen kautta vanhempien ruokailumahdollisuutta oli kommentoinut kolme eri vastaajaa. Sairaalan käytäntöihin kuului, että imettävä äiti (jos potilaana oleva lapsi oli imeväisikäinen) sai sairaalassa ollessaan ruoan, mutta muut vanhem-mat eivät. Vanhempien ruokailun tukeminen koettiin tärkeäksi.

Taulukko 2. Lasten sairaanhoidon laatu ja laadunhallinta

Väittämä	n	Mo	Keskiarvo
Osaston/poliklinikan toimintaa ohjaavat lasten oikeudet sairaalassa- suositukset	39	3	3,56
Lasten oikeudet sairaalassa- suositukset ovat esillä osastolla/poliklinikalla	40	3	2,55
Olen saanut koulutusta lasten oikeuksiin sairaalassa liittyen	40	2	2,7
Ainakin toinen vanhemmista/huoltajista saa ateriat sinä aikana, kun on lapsen mukana sairaalassa	40	1	1,88



Kuvio 5. Vastausten hajonta lasten sairaanhoidon laatuun ja laadunhallintaan liittyvissä väittämissä

Vastauksien hajontaa väittämiin on kuvattu kuviossa 5. Sairaalan palvelujen laadun arviointiin osallistumiseen liittyvässä väittämässä reilu puolet vastaajista koki olevansa väittämän kanssa samaa mieltä (arvosanat 4-5, n=21/40). Kuitenkin noin neljäsosa koki olevansa väittämän kanssa täysin tai melkein eri mieltä (arvosanat 1-2, n=11/40). Hajontaa oli tuloksissa myös osaston tilojen sopivuudessa vanhempien yöpymiseen osastolla lapsen kanssa. Tämä väittämä sai sekä samaa mieltä olevia vastauksia (arvosana 4-5, n=18) että eri mieltä olevia vastauksia (arvosana 1-2, n=10). Avoimen kysymyksen kautta vastaajat

tarkensivat, että osa vanhemmista mahtuu yöpymään lapsensa luona, mutta eivät kaikki. Vanhempien/huoltajien läsnäolo hoitotilanteissa toteutui yksiköissä vastaajien mukaan hyvin (Mo=5, n=27/40). Täydennyksenä vastauksiin korostui kuitenkin tarve tukea ja kannustaa vanhempia enemmän mukana oloon, riippuen kuitenkin lapselle/nuorelle tehtävistä tutkimuksista ja lapsen/nuoren iästä. Vastaajien mielestä on tilanteita, joissa on hyvä, ettei vanhempi olekaan läsnä.

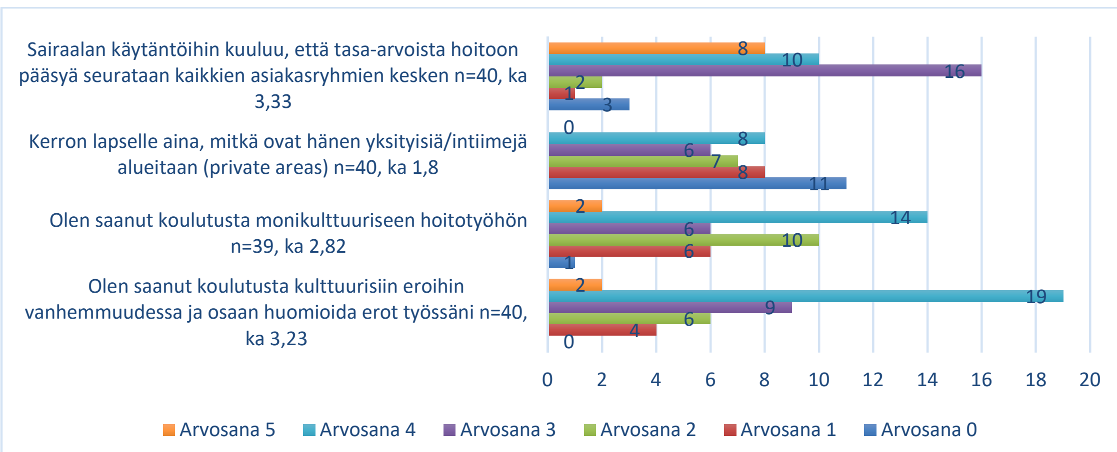
4.2 Tasa-arvo ja syrjimättömyys hoitotoimenpiteissä ja hoitoon pääsyssä

Lasten tasapuolisen hoitoon pääsyn seurannassa henkilökunnan mielipiteissä oli hajontaa (kts. kuvio 6.). Valtaosa (Mo=3, n=16/40) suhtautui väittämään neutraalisti. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli kuitenkin lähes puolet vastaajista (n=18/40). Kulttuurierojen huomiointi toteutuu tulosten mukaan sairaalassa hyvin. Lapsipotilasta tutkii lapsen niin halutessa, samaa sukupuolta oleva lääkäri, jos se vain on mahdollista (Mo=5, n=18/40). Lisäksi sairaanhoidon käyntien ja tapaamisten ajaksi tulkin tai tukihenkilön saamisen mukaan koettiin toteutuvan hyvin (Mo=5, n=19/40). Lapsen yksityisyyttä sairaalassa olon aikana tukee se, että mahdollisuuksien mukaan lapsi/nuori voi olla yhden tai kahden hengen huoneessa (Mo=4, n=14/40). Täysin tai jokseenkin samaa mieltä tämän väittämän kanssa oli 26 vastaajaa 40:stä. Aina ei kuitenkaan ole mahdollista lapselle järjestää omaa huonetta. Lapsen informoinnin siitä, mitkä ovat hänen yksityisiä/intiimejä alueitaan (private areas) ei koettu koskevan kaikkien kyselyyn vastanneiden työtä. Vastaajista 11 (n40) koki, ettei informointi koske heitä. Tässä väittämässä hajontaa oli paljon. Kaikista vastaajista (n40) 15 vastasi, ettei tee informointia. Neutraalisti (arvosana 3) vastasi kuusi kyselyyn osallistunutta. Ainoastaan kahdeksan vastaajaa 40:stä vastasi, että kertoo lapselle hänen yksityisistä/intiimeistä alueistaan. Lapselle intiimialueista kerrottaessa vastaajat kertoivat huomioivansa lapsen iän ja kehitystason. Avoimissa vastauksissa kävi ilmi, että intiimit/yksityiset alueet mielletään eri tavoin. Mikä toiselle ei ole intiimiä, voi toiselle sitä olla. Lapsen tutkiminen intiimeiltä alueilta ei kuitenkaan kuulu yksiköiden rutiineihin, vaan se tehdään vain tarvittaessa (Mo=1, n=11/38). Tällöin siihen tulee olla peruste ja tutkittaessa kunnioitetaan lasta tehden tutkimus hienovaraisesti.

Monikulttuuriseen hoitotyöhön ja vanhemmuuden kulttuurieroihin liittyen koulutusta henkilökunta koki saaneensa vaihtelevasti. Mielipiteissä oli hajontaa niin, että osa koki saaneensa vähän koulutusta, kun taas osa koki saaneensa riittävästi koulutusta. Vanhemmuuteen liittyviin kulttuurieroihin koulutusta koettiin saadun paremmin (Mo=4, n=19/40). Pääosa vastasi, että oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että on saanut koulutusta kulttuurieroihin vanhemmuudessa, arvosana 4-5 n=21/40. 10 vastaajaa 40:stä kuitenkin koki, ettei koulutus ole ollut riittävää. Monikulttuuriseen hoitotyöhön koulutusta riittävästi koki saaneensa 16 vastaajaa 40:stä (arvosana 4-5). Täysin tai jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli vastaavan kokoinen joukko (arvosana 1-2, n=16/40). Yhtä suuri joukko siis koki koulutuksen olleen riittämätöntä.

Taulukko 3. Tasa-arvo ja syrjimättömyys hoitotoimenpiteissä ja hoitoon pääsyssä

Väittämä	n	Mo	Moodin n	Keskiarvo
Sairaalan käytäntöihin kuuluu, että tasa-arvoista hoitoon pääsyä seurataan asiakasryhmien kesken	40	3	16	3,33
Kerron lapselle aina, mitkä ovat hänen yksityisiä/intiimejä alueitaan	40	1 ja 4	8	1,8
Olen saanut koulutusta monikulttuuriseen hoitotyöhön	39	4	14	2,82



Kuvio 6. Vastausten hajonta tasa-arvoon ja syrjimättömyyteen liittyvissä väittämissä

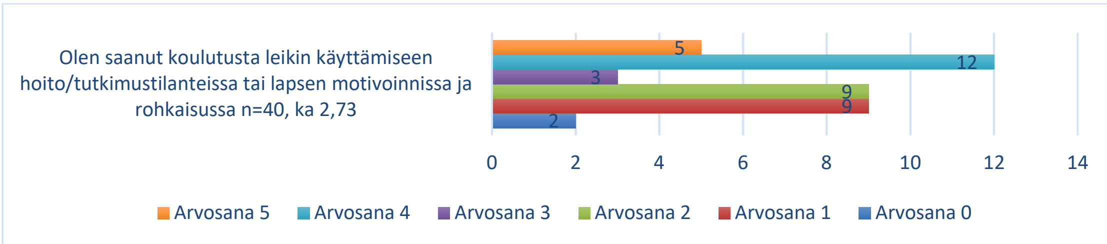
4.3 Leikki ja oppiminen sairaalassa

Lapsen mahdollisuus leikkiä sairaalahoidon aikana vaatii siihen sopivia tiloja ja tarvikkeita. Hoitohenkilöstön mielestä sairaalassa on toimivat omat erilliset tilat lapsille leikkiin (Mo=5, n=34/39). Vastaajien mukaan lapsille on myös tarjolla heidän hyvinvointiaan tukevaa ohjelmaa (Mo=4, n=17/39). Valtaosa oli sitä mieltä, että ohjelmaa on tarjolla (arvosana 4-5, n=27/39). Avoimen kysymyksen kautta toive ohjatun viriketoiminnan lisäämiselle tuli kuitenkin esille. Vastasyntyneiden osastolla sisarukset on huomioitu ja leikkitila on tarjolla heille, sairaalaklovnit vierailevat myös siellä. Hyvin yksiköissä toteutui myös lapsen/nuoren tiedottaminen sairaalakoulun palveluista ja saatavuudesta (Mo=4, n=14/40). Valtaosa (35 vastaajaa 40:stä) vastaajista oli sitä mieltä, että lapsen tiedottaminen sairaalakoulun palveluista toteutuu hyvin. Lapsen mahdollisuuteen leikkiä ja opiskella liittyviä väittämiä on kuvattu taulukossa neljä.

Sopivan tilan ja tarvikkeiden lisäksi leikin läsnäolo sairaalassa vaatii osaamista myös henkilökunnalta. Työntekijöistä valtaosa (Mo=4, n=20/40, arvosana 4-5 n=36/39) kertoi käyttävänsä leikkiä apuna hoitotoimenpiteissä. Myös terapeuttisessa työssä (esimerkiksi puhe- ja toimintaterapia) leikkiä hyödynnetään, sen ollessa siellä osa hoitoa (Mo=5, 15/39, arvosana 4-5 n=27/39). Yksiköissä ei kuitenkaan ole työssä leikin ohjaamiseen erikoistunutta työntekijää (Mo=1, n=18/40). Koulutusta leikin käyttämiseen hoito- tai tutkimustilanteissa vastaajat kokivat saaneensa vaihtelevasti. Vastauksissa oli hajontaa niin, että noin puolet koki saaneensa koulutusta riittävästi (arvosana 4-5 n=17/40) ja puolet koki puutetta koulutuksen saannissa (arvosana 1-2 n=18/40).

Taulukko 4. Leikki ja oppiminen sairaalassa

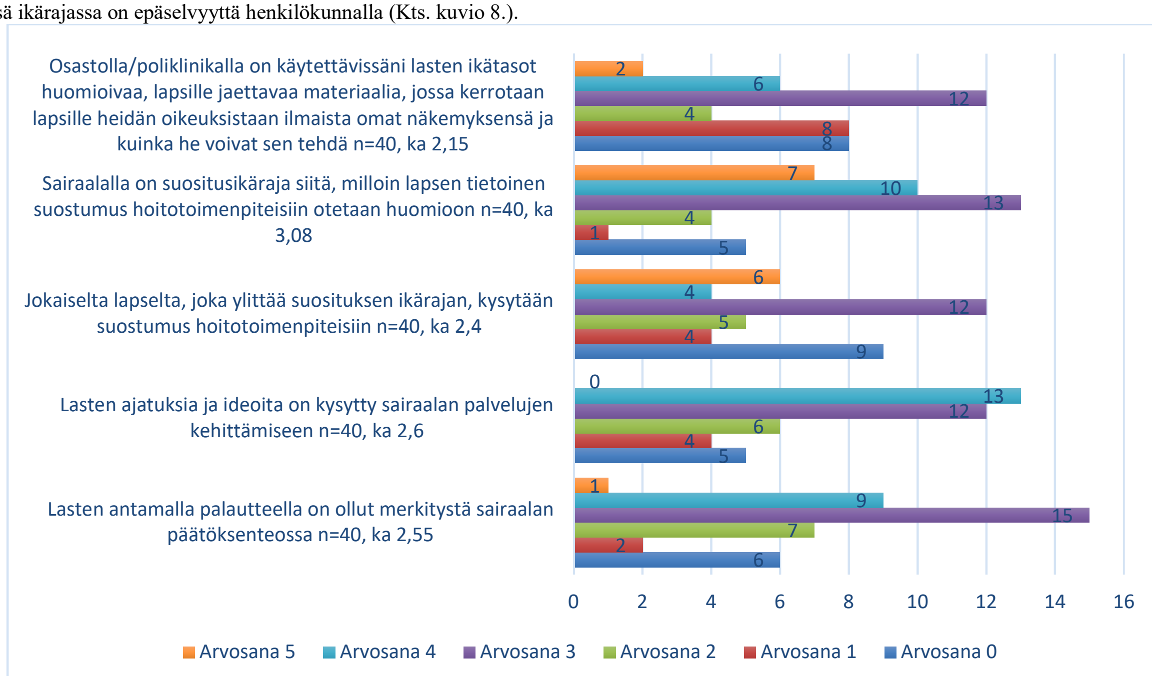
Väittämä	n	Mo	Moodin n	Keskiarvo
Osastolla/Poliklinikalla on oma työntekijä, joka on erikoistunut leikin ohjaamiseen	40	1	18	1,25
Olen saanut koulutusta leikin käyttämiseen hoito/tutkimustilanteissa tai lapsen motivoinnissa ja rohkaisussa	40	1 ja 2	9	2,73



Kuvio 7. Vastausten hajonta leikkiin ja oppimiseen liittyvissä väittämissä

4.4 Lapsen osallisuus ja tiedon saaminen sairaanhoidossa

Henkilökunnan esittäytyminen perheelle toteutuu sairaalassa hyvin (Mo=5, n=37/40). Vuorovaikutukseen perheiden ja lasten kanssa koettiin koulutusta saadun myös hyvin (Mo=5, n=17/40, arvosana 4-5 n=31/40). Kyselyyn vastanneiden työntekijöiden mukaan hyvin toteutuu myös lapsen informoiminen hänen sairaudestaan ja hoidostaan (Mo=4, n=16/40). 25 vastaajaa 40:stä oli samaa mieltä väittämän kanssa siitä, että lasta informoidaan hänen sairaudestaan ja tarjolla olevista hoitovaihtoehdoista sekä siitä mitä sivuvaikutuksia hoidolla voi olla. Tulosten perusteella lapsen tietoisen suostumuksen huomiointiin liittyvässä ikärajassa on epäselvyyttä henkilökunnalla (Kts. kuvio 8.).



Kuvio 8. Vastausten hajonta osallisuuteen ja tiedon saamiseen liittyvissä väittämissä

Kaikille ei ole selvää, milloin suostumus tulisi huomioida (Mo=3, n=13/40). Lähes puolet vastaajista (17/40) koki kuitenkin, että ohjeistus ikärajan huomioimiseen organisaatiossa on olemassa. Lapsen tietoisen suostumuksen kysymisessä vastaajien mielipiteet vaihtelivat. Noin neljäsosa vastaajista vastasi neutraalisti (Mo=3, n=12/40). Noin neljäsosa koki, että suostumus kysytään (arvosana 4-5, n=10/40) ja neljäsosa koki, että suostumusta ei kysytä (arvosana 1-2, n=9/40). Jäljelle jäänyt neljäsosa vastaajista koki, ettei lapsen tietoisen suostumuksen kysyminen kosketa heidän työtään. Vajaa kolmasosa vastaajista (Mo=3, n=12/40) ei ollut tietoinen, onko sairaalassa tällä hetkellä lapsille ikätason huomioivaa jaettavaa materiaalia, josta lapsen voisivat saada tietoa oikeuksistaan ja siitä, miten he voivat ilmaista omia näkemyksiään. Kahdeksan vastaajaa oli sitä mieltä, että materiaalia on yksikössä (arvosana 4-5 n=8/40), 12 vastaajaa oli sitä mieltä, ettei materiaalia ole (arvosana 1-2 n=12/20). Kahdeksan vastaajaa 40:stä koki, ettei tämä koske heidän työtään. Lasten osallisuus sairaalan palveluiden kehittämisessä sekä palautteen antamisessa on vaillinaista. Lapsilta kysytään ajatuksia ja ideoita palvelun kehittämiseksi kyselyyn vastanneiden mukaan vaihtelevasti. Kehittämisajatusten kysyminen jakoi mielipiteet kutakuinkin puoliksi. Kymmenen vastaajaa oli sitä mieltä,

ettei palautteen kysyminen toteudu (arvosana 1-2 n=10/40) ja 13 vastaajaa oli sitä mieltä, että palautteen kysyminen toteutuu (arvosana 4-5 n=13/40). 12 vastaajaa ei osannut sanoa toteutuuko kehittämisideoiden kysyminen vai ei (arvosana 3 n=12/40). Lapsilta saadun palautteen merkitys sairaalan päätöksenteossa jakoi mielipiteitä samansuuntaisesti. Reilu kolmasosa vastaajista ei osannut sanoa onko ideoita hyödynnetty (Mo=3, n=15/40). Vastaajista yhdeksän oli sitä mieltä, ettei palautteella ole ollut merkitystä päätöksenteossa (arvosana 1-2 n=9/40). Kymmenen vastaajan mielestä taas lapsilta saadulla palautteella on ollut merkitystä (arvosana 4-5 n=10/40).

Taulukko 5. Lapsen osallisuus ja tiedon saaminen sairaanhoidossa

Väittämä	n	Mo	Moodin n	Keskiarvo
Osastolla/Poliklinikalla on käytettävissäni lapsen ikätason huomioivaa, lapsille jaettavaa materiaalia, jossa kerrotaan heille heidän oikeuksistaan	40	3	12	2,15
Sairaalassa on suositusikäraja siitä, milloin lapsen tietoinen suostumus hoitotoimenpiteisiin otetaan huomioon	40	3	13	3,08
Jokaiselta lapselta, joka ylittää suosituksen ikärajan, kysytään suostumus hoitotoimenpiteisiin	40	3	12	2,4
Lasten antamalla palautteella on ollut merkitystä sairaalan palvelujen kehittämiselle	40	3	13	2,55
Lasten ajatuksia ja ideoita on kysytty sairaalan palvelujen kehittämiseen	40	4	14	2,6

4.5 Sairaalaympäristön turvallisuus ja soveltuvuus lapsen sairaanhoitoon

Turvallisuuteen liittyvässä kysymysosiossa vastaukset olivat varsin yhtenäisiä ja turvallisuuteen liittyvien väittämien koettiin kaikkien toteutuvan hyvin. Osaston ja poliklinikan siisteyden koettiin olevan vaatimusten mukaista (Mo=5, n=21/40) ja hoitotyössä käytettävien välineiden turvallisuuskriteerien mukaisia (Mo=5, n=18/40, arvosana 4-5 n=36/40). Avoimen kysymyksen kautta esille nousi, että sairaalahuoltajien tehtäviä on vähennetty, eikä työn aikataulutus palvele aina käytäntöä. Tarpeenmukaisen toiminnan mahdollisuus sekä priorisointi siisteydessä ja sairaalahuoltajien työssä koettiin tärkeäksi. Turvallisuuteen vaikuttaa sairaalaympäristössä keskeisesti aseptinen toiminta. Aseptiikka toteutuu tulosten perusteella hyvin; kyselyyn vastanneet kertoivat pesevänsä ja desinfioivansa kätensä aina potilaskontaktien välissä (Mo=5, n=36/40). Lasten turvallisuutta varten organisaatiolla on myös käytössä yksikkökohtaiset turvallisuusohjeet (Mo=4, n=16/40, arvosana 4-5 n=30/40). Lapsen esteettömän liikkumisen sairaalassa ja yksikössä koettiin toteutuvan hyvin (Mo=4, n=15/40, arvosanat 4-5 n=30/40). Väittämää täydennettiin kuitenkin vapaalla tekstillä, jossa tuotiin esille, että paikoin tilat ovat niin ahtaat, ettei niissä pääse liikkumaan pyörätuolilla. Osastolla olevat lapset saavat ruoan ilmaiseksi sairaalassa ollessaan (Mo=5, n=24/40). Poliklinikalla lapsille ei tarjota ruokaa. Ruoka oli tarjolla pääsääntöisesti lapsille sopivaan aikaan (Mo=5, n=20/40) ja se oli ravitsemusasiantuntijan suunnittelemaa (Mo=5, n=18/40).

4.6 Lapsen suojeleminen kaikilta väkivallan muodoilta

Lähtökohtana lapsen oikeudelle olla suojassa kaikilta väkivallan muodoilta, on yhteistyö perheiden kanssa. Henkilökunta koki, että yhteistyötä perheen kanssa tehdään hyvin ja lapsen ikä ja kehitystaso huomioidaan aina yksilöllisesti (Mo=5, n=31/40). Kyselyyn vastanneiden mukaan henkilökunnalla on hyvin tiedossa, miten tulee menetellä epäiltäessä lapsen kaltoinkohtelua (Mo=5, n=21/40, arvosana 4-5 n=35/40). Yhteistyötahojen (poliisi, sosiaalitoimi jne.) kanssa toimiminen sekä ilmoituskäytännöt heihin liittyen olivat myös hyvin henkilökunnalla tiedossa (Mo=5, n=20/40, arvosana 4-5 n=33/40). Avoimen kysymyksen kautta palautetta tuli siitä, että arkuutta lastensuojeluilmoituksen tekemiseen on. Lastensuojeluilmoituksen tekeminen on usein lääkärin tehtävissä, vaikka velvollisuus siihen koskee kaikkia ammattihenkilöitä. Sairaalan käytäntö kaltoinkohtelun uhriksi joutuneiden lasten tapauksien kirjaamisesta potilasjärjestelmään toteutuu hyvin (Mo=5, n=24/40, arvosana 4-5 n=33/40). Sairaalassa on myös oma lastensuojelullisiin asioihin erikoistunut tiimi (Mo=5, n=16/40, arvosana 4-5 n=28/40).

Taulukko 6. Lapsen suojeleminen kaikilta väkivallan muodoilta

Väittämä	n	Mo	Moodin n	Keskiarvo
Saan säännöllisesti tietoa ja koulutusta voimassaoleviin lähete- ja hoitokäytäntöihin liittyen	40	3	12	3,2
Lastensuojelullisen toiminnan toteutumista arvioidaan säännöllisesti osastolla/poliklinikalla, jossa työskentelen	39	3	14	3
Tiedän, miten voin tarvittaessa tutkimuksiin liittyen ottaa yhteyttä sairaalan eettiseen neuvottelukuntaan	39	1	14	2,21

Tietoa lastensuojelullisista asioista kaivataan kuitenkin organisaatiossa lisää, toive nousi esille myös avoimen kysymyksen kautta. Säännöllistä tiedon päivitystä lähete- ja hoitokäytäntöihin liittyen toivottaneen enemmän (kts. taulukko 11.), reilun neljäsosan vastatessa, ettei tiedä onko samaa vai eri mieltä (Mo=3, n=12/40). Reilu neljäsosa (n=11/40) koki, ettei saa tietoa tarpeeksi (arvosana 1-2), kun taas vajaa puolet (n=17/40) vastaajista koki saavansa tietoa tarpeeksi (arvosana 4-5). Koulutusta lapsen kaltoinkohtelun tunnistamiseen henkilökunta koki myös saaneensa vaihtelevasti, vaikka valtaosa koki koulutuksen olleen riittävää (Mo=5, n=16/40). Lastensuojelullisten toimien arvioinnin toteutumisesta oli epätietoisuutta, kolmasosa vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa, jossa todettiin, että yksikössä arvioidaan säännöllisesti lastensuojelun toimia (Mo=3, n=14/39). Kolmasosa vastaajista oli sitä mieltä, ettei lastensuojelullisten toimien arviointi toteudu (arvosanat 1-2 n=13/39) ja kolmasosa sitä mieltä, että arviointi toteutuu (arvosanat 4-5

n=12/39). Kysely suoritettiin opetussairaalassa ja lapsen oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tai opetustilanteessa olemisesta toteutuu sairaalassa vastaajien mukaan hyvin (Mo=5, n=33/40). Kyselyyn vastanneet olivat kuitenkin vaihtelevasti tietoisia organisaation käytännöistä tutkimuksiin liittyen. Vaikka valtaosa koki tietävänsä käytännöt hyvin (Mo=4, n=16/40), vastasi 12 vastaajaa, ettei ole samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa. Eniten epäselvyyttä vastaajilla oli siinä, miten voi tarvittaessa tutkimuksiin liittyen ottaa yhteyttä sairaalan eettiseen neuvottelukuntaan (Mo=1, n=14/39).

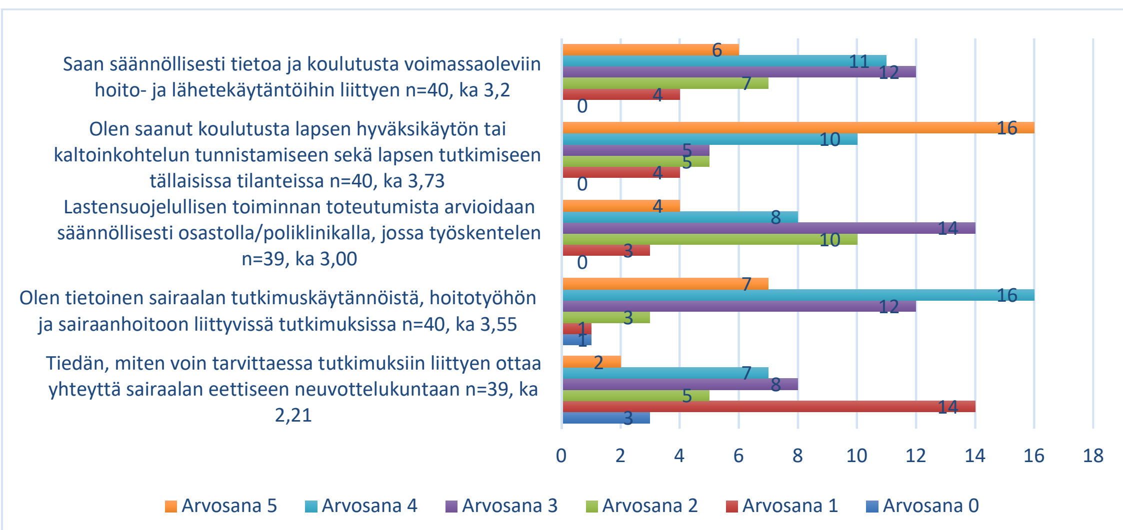
4.7 Lapsen kivun hoito ja palliatiivinen hoito

Lapsen kivunhoitoon liittyvät organisaation toimintaohjeet olivat henkilökunnalla hyvin tiedossa (Mo=5, n=21/40, arvosana 4-5 n=31/40) ja tarvittaessa henkilökunnan on mahdollista konsultoida organisaation omaa kivunhoitoon erikoistunutta yksikköä (Mo=5, n=18/40, arvosana 4-5 n=29/40). Lapsen kivunhoidon koetaan toteutuvan riittävän hyvin, huolimatta siitä, saako lapsi parantavia hoitoja sairauteensa vai onko hoito palliatiivista (Mo=4, n=14/40, arvosana 4-5 n=23/40). Kokemukset koulutuksesta lapsen kivunhoitoon tai kuolevan lapsen kohtaamiseen ja kuoleman käsittelyyn hänen kanssaan vaihtelivat vastaajien kesken. Lapsen kivun hoitoon kokemukset koulutuksen saamisesta jakoivat mielipiteet aika lailla puoliksi. Kolmasosa vastaajista koki, ettei ole saanut koulutusta riittävästi (arvosana1-2 n=13/40). Puolet vastaajista koki saaneensa koulutusta kivun hoitoon säännöllisesti (arvosana 4-5 n=20/40).

Myös kivunhoidon laadun seuraamisessa vastaajat kokivat olevan puutteita (Mo=3, n=13/40). Kymmenen vastaajaa koki, olevansa jokseenkin eri mieltä sen kanssa, että yksikössä arvioidaan säännöllisesti kivun hoidon toteutumista (arvosana 2 n=10/40). Säännöllisen arvioinnin koki toteutuvan reilu neljännes vastaajista (arvosana 4-5 n=12/40). Koulutustarvetta vastaajat kokivat myös kuolevan lapsen kohtaamisessa sekä kuoleman käsittelyssä hänen kanssaan. Noin puolet vastaajista (n=18/39) koki saaneensa koulutusta kuolevan lapsen hoitoon (Mo=4, n=18/39), mutta riittämättömäksi koulutuksen oli kokenut vastaajista 14 (arvosana 1-2 n=14/39). Avoimen kysymyksen vastauksien kautta koulutusta koettiin myös olevan liian vähän tarjolla kuolevan lapsen ja hänen perheensä hoitoon liittyen. Lapsen sairastuessa vakavasti psykologisen tuen tarjoaminen koko perheelle toteutuu hyvin (Mo=5, n=29/40). Lapsen saadessa palliatiivista hoitoa perheitä informoidaan vastaajien mukaan hyvin ympärillä olevista ja kotiin saatavista palveluista (Mo=4, n=17/40, arvosana 4-5 n=24/40). Henkilökunnan tietoisuus hengellisistä palveluista ja tuesta on vielä vähäisempää, palveluiden tarjoaminen perheelle koetaan vieraaksi hoitohenkilöstön taholta (Mo=2, n=13/40). Palveluja kertoi tarjoavansa tarvittaessa vastaajista seitsemän (arvosana 4-5 n=7/40). Vastaajista puolet (n=22/40) ei tarjoa hengellisiä palveluja perheille (arvosana 1-2).

Taulukko 7. Lapsen kivun hoito ja palliatiivinen hoito

Väittämä	n	Mo	Moodin n	Keskiarvo
Osastolla/Poliklinikalla, jolla työskentelen, arvioidaan säännöllisesti kivun hoidon laatua	40	3	13	2,78
Olen tietoinen eri uskontokuntien perheille tarjoamista palveluista ja ohjaan perheitä tarvittaessa niiden pariin	40	2	13	2,38
Olen saanut koulutusta kuolevan lapsen hoitoon ja kuoleman käsittelyyn lapsen kanssa	39	4	18	3

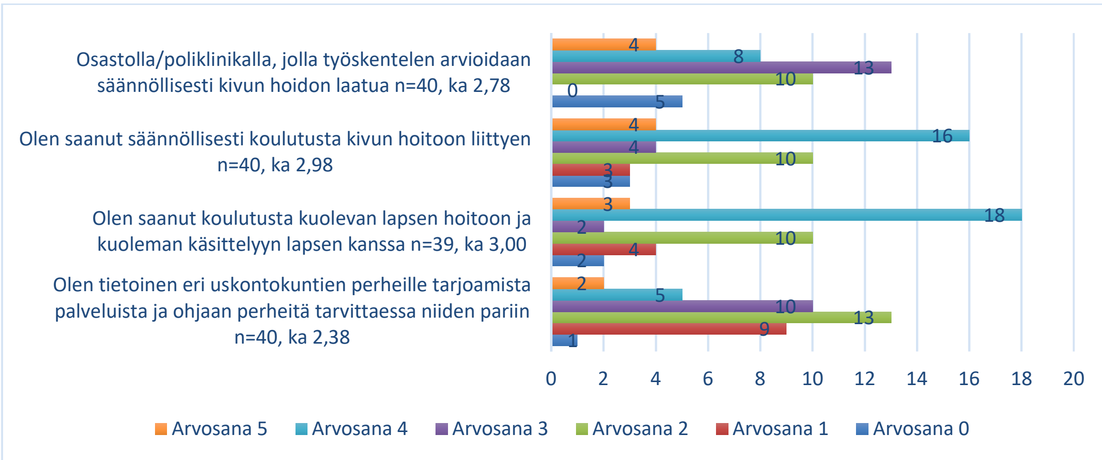


Kuvio 9. Vastausten hajonta väkivallalta suojassa olemiseen liittyvissä väittämissä

5 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksessa taustatiedoiksi kerättiin ainoastaan ikä, työkokemus vuosina, työn suorituspaikka (osasto vai poliklinikka) sekä ammatti tai asema työpaikalla. Tutkimuksessa linkki kyselyyn lähetettiinn esimiesten (osastonhoitajat, ylihoitaja ja ylilääkärit) välityksellä, joten tutkija ei ollutsuoraan kontaktissa kohderyhmään. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoituna kyselynä, jossa väittämien vastauksia vastaajilla oli mahdollisuus täydentää avoimen kysymyksen kautta omalla tekstillä. Tällä tavoin muuten mahdollisesti pinnalliseksi jäävää vastausta oli mahdollisuus täydentää ja vastausta syventää. Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta kaksi keskeistä termiä ovat reliabiliteetti ja validiteetti. Reliaabeliudella tarkoitetaan sitä, että tulokset eivät ole sattumanvaraisia, vaan pysyviä ja kestäviä. Tutkimuksen reliabiliteettiin vaikuttaa se, että tutkimus toteutettiin puolistrukturoituna kyselynä, jossa

käytettiin likertin asteikkoa. Monissa kysymyksissä valittiin neutraaleja vaihtoehtoja; arvosana 0 (ei koske minun työtäni) tai arvosana 3 (ei samaa eikä eri mieltä), joiden suhteen vastaajan mielipide voi ajan kuluessa muuttua. Sisäistä reliabiliteettia tutkimuksessa paransi se, että väittämät olivat yksittäisiä, vaikkakin teemojen alla kokonaisuuksina. Edellisen väittämän vastaus ei vaikuttanut seuraavaan vastaukseen, eikä näin ollen tuloksiin. (Bryman 2012, 46-47, 168-170; F. Polit & Tatano Beck 2014, 202-203; Valli 2015, 139.)



Kuvio 10. Vastausten hajonta kivun hoitoon ja palliatiiviseen hoitoon liittyvissä väittämissä

Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä, sitä miten hyvin ollaan saatu tutkittua tai mitattua sitä, mitä oli tarkoitus mitata. (Bryman 2012, 46-48, 170-173; Vilkka 2015, 193.) Ulkoisella validiteetilla viitataan siihen, kuinka hyvin saadut tulokset ovat yleistettävissä. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan myös tuloksiin vaikuttaneita mittaamisesta riippumattomia tekijöitä. Esimerkiksi kyselyihin vastaamatta jättämistä. Hyvällä informoinnilla saatekirjeen ja tutkimuksen esittelyn kautta sekä muistutusviestin avulla pyrittiin mahdollisimman korkeaan vastausprosenttiin tässä tutkimuksessa. Vastausprosentti jäi kuitenkin varsin matalaksi, mikä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. (F. Polit & Tatano Beck 2014, 169-170; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 189-193.) Validiteetin kannalta tärkeää on kyselytutkimuksessa kysymyslomakkeiston validiteetti. Jos käytetään jo valmista kysymypatteristoa on tärkeää huomioida, miten kysymykset on luotu ja niiden validiteettia arvioitu. Tutkimuksessa käytettiin valmista kysymys/väittämäpatteristoa, joka oli luotu laajan kansainvälisen laadullisen tutkimuksen kautta. Valmista kysymyspatteristoa on käytetty lapsen oikeuksien tutkimuksessa sekä arvioinnissa Moldovassa, Georgiassa, Tadzhikistanissa ja Kirgisiassa. Kaikissa maissa arviointi tehtiin laajasti jokaiselle ryhmälle, heille luoduilla omilla kysymyspatteristoilla; lapset, vanhemmat, hoitotyön ammattilaiset ja esimiehet. Tutkimus toteutettiin muissa maissa ryhmäkeskusteluina sekä yksilö- ja ryhmähaastatteluina. Suomessa tutkimus toteutettiin ammattihenkilöille tehdyn kysymyspatteriston mukaan kyselynä, vain henkilökunnalle. Kysymykset etenivät samassa järjestyksessä ja olivat samoin teemoitellut, kuten muidenkin tutkimuksissa. Kysymysten/väittämien vastausvaihtoehtoja on patteristossa kolme; kyllä, ei tai en tiedä. Mutta koska kyselyä on toteutettu muualla haastatteluina, joissa vastauksia on voitu täydentää keskustellen, haluttiin kyselynä toteutettavaan kysymyspatteristoon laajemmat vastausvaihtoehdot. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla nykytilaa, joten arviointiasteikkoa laajennettiin viisiportaiseksi Likertin mukaan. Tämän toteutuksen myötä selvisi, että jatkossa käsikirjoja on parempi kuitenkin käyttää haastattelun tai keskustelun kautta aineiston keräämiseen. (F. Guerreiro 2014a, 4-5; F. Guerreiro 2014b, 3-5, 28-29; Burns & K. Grove 2005, 401; HPH-CA , 9, 16; WHO 2015, 3-5.) Validiteettiin pyrittiin vaikuttamaan myös esitestaamalla kysely. Kyselyä testatessa kysymysten kieliasusta tuli palautetta vain hieman, joten muokkausten jälkeen kyselyn koettiin sopivan käytettäväksi ilman takaisinkäännöstä ja uudelleen testausta.

6 Pohdinta

Marttilan (2015, 57-58) mukaan sairaalassa lapsen oikeuksien toteutumisen kannalta keskeistä on henkilökunnan tietoisuus oikeuksista ja koulutus lapsen oikeuksiin liittyen. Samansuuntaiset tulokset tulivat nyt toteutetussa tutkimuksessa. Lasten oikeuksien olisi hyvä olla yksiköissä näkyvästi esillä ja henkilökunnan saada niihin koulutusta. Laadunhallinnan näkökulmasta lapsen oikeuksien toteutumisen ja sen kehittämisen kannalta olisi tärkeää saada myös lasten ääni kuuluville. Jotta voidaan tarjota lapsiasiakkaille tarpeenmukaisia palveluja, tulee heitä asiakkaina kuulla. Tutkimuksia on pääasiassa tehty vanhempien tai hoitohenkilöstön näkökulmasta, lapsen näkökulman tutkiminen on ollut hyvin puutteellista. Työntekijöiden ja vanhempien tuottama tieto on asian tai tilanteen kuvaamista heidän näkökulmastaan tai heidän tulkintaansa lapsen mielipiteistä. Tiedon jakaminen ja lapsen osallistumienn päätöksentekoon vahvistavat luottamusta hoitohenkilöstön ja lapsen välillä. (Dedding ym. 2012,8; Lehto 2004, 88-92; Olli 2012, 17.)
Jatkossa olisi hyvä tehdä SEMTin rakenteella haastattelu lapsille ja nuorille, jotka ovat asiakkaina lastensairaanhoidon yksiköissä. Näin lasten osallisuus lisääntyisi palvelujen kehittämisessä ja käyttöön saataisiin ensikäden tietoa teemasta. Lapsen osallisuuden lisäämiseksi toivottiin lapsille suunnatun palautekanavan kehittämistä. Lasten osallistuminen palvelun kehittämiseen nähtiin tärkeänä asiana ja sen koettiin toteutuvan vaillinaisesti. Kansainvälisissä tutkimuksissa lasten osallistuminen palautteen antamiseen nähtiin myös kehitettäväksi asiaksi, sen lisäksi lasten antaman palautteen vaikutus käytännön kehittämisessä koettiin vaillinaiseksi. Palautteen antoon tulisi olla lapsilähtöinen ja lapsille helposti saatavilla oleva. Tietotekniikan ja luovien menetelmien hyödyntäminen voisi tuoda monia monia mahdollisuuksia lapsille palautteen antoon. (F. Guerreiro 2014a, 13-15; F. Guerreiro 2014b, 16-18, 29-31; Dedding ym. 2012, 13-14, 16-53; WHO 2015, 13-15.) Lapsen osallisuuden lisääminen vaatii asennemuutosta, organisaatiossa ja työyhteisössä tulee olla yhteinen ymmärrys osallisuudesta käsitteenä ja ajatus osallisuudesta arvona, joka näkyy jokapäiväisessä toiminnassa. Osallisuus on myös yksilöllinen kokemus, joten jokainen lapsiasiakaskin kokee osallisuuden eri tavoin. Toinen ei voi arvioida osallisuutta toisen näkökulmasta. Osallisuuden lisäämisen kannalta käytännön hoitotilanteissa merkityksellistä on se, että organisaatiolla on toimintaohjeet lapsen iän- ja kehitystason huomioimisesta tietoisen suostumuksen suhteen. Lapsen tietoisen suostumuksen huomiointiin ei ollut organisaatiossa selkeitä ohjeita, niitä kaivattiin käytännön työhön. Samansuuntaisia tuloksia on SEMTiä arviointimenetelmänä käytettäessä saatu myös aiemmissa tutkimuksissa. Marttilan (2015, 39-43) kirjallisuuskatsauksessa todettiin lasten haluavan osallistua enemmän, kuin mihin on ollut mahdollisuus ja tietoisen suostumuksen kysymisen toteutuvan huonosti. Selkeät kriteerit varmistavat toimintatapojen yhtenäisyyttä. Lapsen osallisuus vahvistuu ohjeiden myötä tiedon saannin ja päätöksenteon suhteen. Tärkeää on se, ettei lapsen ikä ole este osallisuudelle, vaan henkilöstöllä olisi taitoa ja mene-telmiä olla vuorovaikutuksessa eri ikäisten lasten kanssa. (F. Guerreiro 2014a, 13-15; F. Guerreiro 2014b, 16-18, 29-31; Dedding ym.2012, 8, 12; Pollari & Lohiniva-Kerkelä 2013, 287; Raivio & Karjalainen 2013, 14; WHO 2015, 13-15.)
Laadunhallinnan kannalta merkityksellistä on koko organisaation sitoutuminen ja tietoisuus lapsen oikeuksista sairaalassa. Tarvetta koettiin oikeuksien näkymiseen yksiköiden käytännöissä sekä kirjallisessa esillä olemisessa myös ulkomailla toteutetuissa tutkimuksissa, jotka tehtiin SEMTin viitekehyksellä. Hoitotyön ja lääkäreiden ammattikoulutukseen toivottiin muualla oikeuksien ja lasten sairaanhoidon erikoisosaamisen sisällyttämistä. Lapsen oikeuksiin

liittyvää koulutusta kaivattiin myös Suomessa. Säännöllinen arviointi lapsen oikeuksien toteutumisesta, esimerkiksi tasa-arvoisesta hoitoonpääsystä sekä lastensuojelullisten toimien toteutumisesta tai kivun hoidon onnistumisesta koettiin tarpeelliseksi kehittää. Kivun hoidon säännöllisen arvioinnin kautta on mahdollista myös seurata vaihtoehtoisten kivun hoidon menetelmien toteutumista. Kansainvälisissä tutkimuksissa kivun hoidon kehittäminen on ollut eri vaiheessa, siellä tarvetta oli ensisijaisesti yhtenäisten toimintaohjeiden laatimiselle, ennen arvioinnin kehittämistä. (F. Guerreiro 2014a, 8-11; F. Guerreiro 2014b, 9-13, 22-28; WHO 2015, 7-12.) Tuomen väitöskirjassa (2008, 37-39) todettiin, että lasten sairaanhoidon ammatti-henkilöstöltä vaaditaan erilaista ammattitaitoa osata hoitaa lapsen oman asiakkuu-den rinnalla koko perhettä asiakkaana. Lisäksi sairaanhoitajan henkilökohtaiset ominaispiirteet ja kokemukset vaikuttavat osaamiseen. Tämä tuli esille myös opin-näytetyön tuloksissa. Tarve koulutukselle on henkilökohtainen ja vaihteleva. Lapsen ja perheen kohtaaminen erilaisissa tilanteissa haastaa henkilöstön vuorovaikutus-osaamista, varsinkin kuolevan lapsen kohtaamiseen toivottiin lisää koulutusta. Koulutuksen tarpeen osalta tulokset ovat yhteneviä aiemmin SEMTin viitekehyksellä tehtyihin tutkimuksiin verrattuna. Koulutusta lasten sairaanhoidossa kaivataan monikulttuuriseen hoitotyöhön ja leikin käyttöön hoito- ja tutkimustilanteissa. Keski-Suomen keskussairaalassa leikkiin sopivia tiloja koettiin olevan ihan hyvin, mikä kansainvälisissä tutkimuksissa koettiin usein kehittämisen kohteeksi. Tarve ohjatulle viriketoiminnalle, sekä leikin ohjaamiseen erikoistuneen työntekijän käytettävissä olemiseen tuli esille sekä kansainvälisissä tutkimuksissa että tässä tutkimuksessa. Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen perhehoitotyössä vaatii monikulttuurista osaamista henkilökunnalta. Henkilökunnan on tärkeää olla tietoinen myös maan/saman kansallisuuden sisällä olevien kulttuurien erilaisuudesta. Monikulttuurinen tietämys hoitotyössä vähentää riskiä syrjintään. Säännölliset koulutukset lähete- ja hoitokäytännöistä ja lastensuojelullisista asioista on käytännön työssä yksi merkittävä palvelun laadun tae. Henkilökunnan ja käytäntöjen muuttuessa tai vaih-tuessa, säännölliset koulutukset luovat pohjan yhtenäisille toimille. (F. Guerreiro 2014a, 8-11, 13; F. Guerreiro 2014b, 9-13, 15-16, 22-29; WHO 2015, 7-12, 15-16.) Vanhempien mahdollisuus olla mukana lapsen kanssa sairaalassa on kansainvälisissä tutkimuksissa ollut yksi keskeinen kehittämistä vaativa asia. Keski-Suomen keskussairaalassa vanhemman läsnäolo toteutui hyvin. Yhtenevää tuloksissa oli kuitenkin tilojen sopimattomuus yöpymiseen, vanhemman mukana oleminen ei aina toteudu. Ruokailun mahdollistaminen vanhemmille koettiin tärkeäksi sekä kansainvälisissä tutkimuksissa että Suomessa toteutetussa. Keski-Suomen keskussairaalassa osastolla yöpyvät lapset saavat ruoan sairaalamaksuun sisällytettynä, mikä ei kuitenkaan kaikissa maissa toteudu. (F. Guerreiro 2014a, 8-11; F. Guerreiro 2014b, 11-14, 23-27; WHO 2015, 7-12.)
Yhteneväisyyttä aiemmin SEMTin viitekehyksellä tehtyihin tutkimuksiin löytyi myös lapsen informoinnissa hänen omista intiimeistä alueistaan. Lapsen informoiminen omista oikeuksistaan, esimerkiksi lapsille jaettavan materiaalin avulla toteutuu vielä puutteellisesti sekä kansainvälisten tutkimusten että tämän tutkimuksen mukaan. (F. Guerreiro 2014a, 8-11; F. Guerreiro 2014b, 11-14, 23-27; WHO 2015, 7-12.)
Johtopäätöksinä voidaan todeta, että lasten oikeudet sairaalassa vaativat koko organisaation sitoutumisen standardeihin ja suunnitelmallisen jatkuvan arvioinnin toteutuakseen parhaalla mahdollisella tavalla. Lisäksi henkilökunnan koulutuksen tulee olla jatkuvaa ja mahdollisuus lisä- ja täydennyskoulutukseen oman erikoisalan tarpeisiin vastaavaa. Henkilökunnassa yksilölliset tarpeet koulutuksessa tulee olla mahdollista huomioida.
Kehittämisehdotukset tämän tutkimuksen perusteella ovat:

- Lasten oikeudet sairaalassa – suositukset tulee olla esillä joka osastolla ja poliklinikalla
- Lapsille tulee luoda heille jaettavaa materiaalia, jossa heille kerrotaan ikä- ja kehitystaso huomioiden heidän oikeuksistaan
- Organisaation tulee luoda yhtenäiset ohjeet lapsen tietoisen suostumuksen huomiointiin ja kouluttaa henkilökunta niihin
- Lapsen mukana sairaalassa olevan vanhemman ruokailu tulee tarjota sairaalasta
- Lapsen oikeuksien mukaisen laadunhallinnan kehittäminen tietyillä osa-alueilla; säännöllinen seuranta ja arviointi tulee suunnitella ja toteuttaa tasapuolisesta hoitoon pääsystä, lastensuojelullisten toimien toteutumisesta ja kivun hoidon toteutumisesta
- Lapsen osallisuuden kehittäminen organisaatiossa palveluja suunniteltaessa ja kehitettäessä; systemaattisen palautteen keräämistä lapsilta, sekä palautteen hyödyntämisen toteutumista palveluja kehitettäessä tulee parantaa
- Lapsen tietoisen suostumuksen huomioinnista tulee olla ikä- ja kehitystason huomioiva ohjeistus yksiköille
- Henkilökunnalle tulee järjestää mahdollisuus kouluttautua lapsen oikeuksiin sairaalassa, monikulttuuriseen hoitotyöhön ja vanhemmuuden kulttuurieroihin, kuolevan lapsen kohtaamiseen ja kuoleman käsittelyyn lapsen kanssa

Lähteet

- Alderson, P. 1993. European Charter of Children´s Rights.Bulletin of Medical Ethics. October 1993. Pages 13-15. Viitattu 23.8.17. http://www.cirp.org/library/ethics/alderson/
- Bryman, A. 2012. Social research methods. 4th edition. New York: Oxford University Press.
- Burns, N. & K.Grove, S. 2005. The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization. 5th edition. Elsevier (USA).
- Council of Europe. 2011. Guidelines on child-friendly health care. Viitattu 1.3.18. https://rm.coe.int/168046ccef
- Dedding, C., Schalkers, I. & Willekens, T. 2012. Children´s participation in hospital. VU University, Amsterdam, Netherlands. Viitattu 23.3.18. https://www.each-for-sick-children.org/images/2013/Handbook_Children-s_participation_Dutch_Foundation_Child__Hospital_2013.pdf
- EACH. 2016. The Each Charter with Annotations. European association for children in hospital. Viitattu 7.2.18 https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.each-for-sick-children.org%2Fimages%2Fstories%2F2016%2FCharter_AUG2016_oSz.pdf
- F. Guerreiro, A. I. 2012. Children´s rights in hospital and health services: Manual and tools for assessment and improvement (SEMT). Health Promoting Hospitals. Viitattu 7.3.18. http://hphnet.org/images/stories/Manual_on_Childrens_Rights_in_Hospital_and_Health_Services_March_2012.pdf
- F. Guerreiro, A. I. 2014a. Assessing the respect of children's rights in hospital in the Republic of Moldova. Viitattu 11.3.18. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/260349/Assessing-the-respect-of-childrens-rights-in-hospital-in-the-Republic-of-Moldova.pdf
- F. Guerreiro, A. I. 2014b. Assessing the respect of children's rights in hospitals in Kyr-gyzstan and Tajikistan. WHO project: Improving the quality of pediatric care in the first level referral hospitals in selected countries of central Asia. Viitattu 11.3.18 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/252542/Assessing-the-respect-of-childrens-rights-in-hospitals-in-Kyrgyzstan-and-Tajikistan-Eng.pdf?ua=1
- F.Polit, D. & Tatano Beck, C. 2014. Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice. 4th edition. Wolters Kluwer Health – Lippincott Williams & Wil-kins.
- Hakalehto-Wainio, S. 2013. Lapsen oikeudet ja lapsen etu lapsen oikeuksien sopimuksessa. Julkaisussa Lapsioikeus murroksessa. Toim. L. Nieminen. Helsingin Kamari Oy, 17-47.
- Hart, R. A. 1992. Children´s participation from tokenism to citizenship. Innocenti essays nro.4 – verkkojulkaisu. Unicef. Viitattu 24.1.18. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/childrens_participation.pdf
- Healthy settings. Introduction to healthy settings. WHO. Viitattu 13.2.18. http://www.who.int/healthy_settings/about/en/
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaan lapsen perheen terveyden edistäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 8.4.18. https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67606/951-44-6628-4.pdf?sequence=1
- HPH-CA. 2010. The International Network of Health Promoting Hospitals & Health Systems. Task Force of Health Promoting Hospitals for Children and Adolescents (HPH - CA). Final report on the implementation process of the Self-Evaluation Model and Tool on the Respect of Children´s Rights in Hospital. Viitattu 28.3.17. https://www.schn.health.nsw.gov.au/files/attachments/task-force_hph-ca_childrens_rights_in_hospital_self_evaluation_model_final_report.pdf
- HPH-MFH. 2014. The International Network of Health Promoting Hospitals & Health Systems. Task Force of Migrant friendly hospitals and health services (HPH-MFH). Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups. Viitat-tu 22.2.18. http://steso.fi/data/documents/Equity_Standards_SAT_kasikirja.pdf
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karlsson, L. 2012. Lapsinäkökulmaisen tutkimuksen ja toiminnan poluilla. Julkaisussa Sukelluksia lapsinäkökulmaiseen tutkimukseen ja toimintaan. Toim. L. Karlsson & R. Karimäki. Suomen kasvatustieteellinen seura, 17-67.

- Karvonen, A. & Koivusilta, L. 2010. Väestöryhmien väliset erot – onko väite nuorten terveyskehityksen polaritoitumisesta totta? Julkaisussa Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Toim. T. Ståhl & A. Rimpelä. THL, 79-93. Viitattu 2.3.18. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80332/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f.pdf?sequence=1
- Keski-Suomen Sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintaohjelma 2015-2018. Viitattu 21.3.17. http://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Muu_toiminta/Perusterveydenhuollon_yksikko/Terveytta_edistava_sairaala
- Kilkelly, U. 2011. Child-friendly health care: the views and experiences of children and young people in Council of Europe member States. University college Cork, Ireland. Viitattu 1.3.18. https://www.coe.int/t/dg3/health/Child_Friendly_Healthcare_Final_Report__English_version_.pdf
- Kivijärvi, T. 2016. Maahanmuuttajataustaisen lapsen ja perheen tukeminen. Julkaisussa Varhaiskasvatuksen käsikirja. Toim. E. Hujala & L. Turja. Jyväskylä: PS-Kustannus, 248-262.
- Kivistö, M. 2014. Kolme ja yksi kuvaa osallisuuteen. Monimenetelmällinen tutkimus vaikeavammaisten ihmisten osallisuudesta toimintana, kokemuksena ja kielenkäyttönä. Väitöskirja. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 23.1.18. http://lauda.ulapland.fi/handle/10024/61789
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.
- Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja 2014. Eriarvoistuva lapsuus. Lasten hyvinvointi kansallisten indikaattoreiden valossa. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2014:3. Viitattu 22.8.18. http://lapsiasia.ssthosting.fi/wp-content/uploads/2014/12/Vuosikirja-2014.pdf
- Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, lääketieteen tiedekunta. Viitattu 18.3.18. https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67368/951-44-5935-0.pdf?sequence=1
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Leinonen, J. 2014. Pedagogisia näkökulmia lasten osallisuuden tukemiseen varhaiskasvatuksessa. Julkaisussa Osallisuuden pedagogiikkaa varhaisikasvatuksessa. Toim. J. Heikka, E. Fonse´n, J. Elo & J. Leinonen. Tampere: Suomen varhasikasvatus ry.
- Maahanmuuttajat huomioon ottava ja kulttuurista osaamista edistävä terveydenhuoltoverkosto. 2017. Maahanmuuttajia ja muita haavoittuvia ryhmiä koskevat yhdenvertaisuusstandardit terveydenhuoltoa varten. Viitattu 23.2.18. http://steso.fi/data/documents/Yhdenvertaisuus-standardit_hyvaksytty-13.3.2017.pdf
- Marttila, T. 2015. Lapsen oikeudet ja niiden toteutuminen terveydenhuollossa – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu – tutkielma, Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen Ylipisto. Viitattu 31.3.17. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150944/urn_nbn_fi_uef-20150944.pdf
- Metsämuuronen, J. 2004. Pienten aineistojen analyysi. Parametrittomien menetelmien perusteet ihmistieteissä. Metodologia-sarja 9. Helsinki: International Methelp Ky.
- NOBAB. 2009. Lasten ja nuorten oikeudet sairaalassa. Viitattu 7.2.18 https://nobab.fi/wp-content/uploads/2017/11/esite.pdf
- Olli, J. 2012. Lapsen oikeus tulla kuulluksi kuntoutuksessa. Kuntoutus-lehti 2012, 35, 3, 17-20.
- Pajulammi, H. 2014. Lapsi, oikeus ja osallisuus. Väitöskirja. Lapin yliopisto, oikeustieteiden tiedekunta. Helsinki: Talentum Oy.
Pelander, T. 2008. The quality of pediatric nursing care – children`s perspective. Väitöskirja. Turun Yliopisto, hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja. Viitattu 2.2.18. http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/42602/Annales%20D%20829%20Pelander%20Diss.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pollari, K. & Lohiniva-Kerkelä, M. 2013. Ketä kuullaan – kuka päättää? Alaikäisen osallisuus ja itsemääräämisoikeus terveyden- ja sairaanhoidossa. Julkaisussa Lapsioikeus murroksessa. Toim. L. Nieminen. Helsingin Kamari Oy, 269-299.
- Rainio, A. P. 2012. Vastarinnasta osallisuuteen – toimijaksi juonellisessa leikkipedagogiikassa. Julkaisussa Sukelluksia lapsinäkökulmaiseen tutkimukseen ja toimintaan. Toim. L. Karlsson & R. Karimäki.Suomen kasvatustieteellinen seura ry, 107-141.
- Raivio, H. & Karjalainen, J. 2013. Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Julkaisussa Osallisuus - oikeutta vai pakkoa? Toim. T. Era. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja, 12-35.
- Shier, H. 2009. Children´s participation in educational projects and sustainable design. An interview with Harry Shier. Haastattelijana Andrea S. Wheeler, University of Nottingham. International Journal of Children´s Rights 18, (2010), 457-474.
- Shier, H. 2001. Pathways to participation: openings, opportunities and obligations: a new model for enchancing children´s participation in decision-making, in line with article 12.1 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. Children&Society, volume 15 (2), 107-117.
- Simonsen, N. 2013. Health promotion in local context and enabling factors. Väitöskirja, Lääketieteen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Viitattu 1.3.18. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42075/simonsen_dissertation.pdf?sequence=1
- Sorsa, A-S. 2014. Rights of the Children in Hospital Care: Childhood, parenthood and family. Opinnäytetyö, ylempi AMK. Laurea Ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Viitattu 31.3.17. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/83865/Rights-of-the-children-in-hospital-care.pdf?sequence=1
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry - STESO ry. www.sivut. Viitattu 21.3.17. http://steso.fi/
- The EACH charter with annotations. 2016. EACH European association for children in hospital. Viitattu 4.2.18. https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.each-for-sick-children.org%2Fimages%2Fstories%2F2016%2FCharter_AUG2016_oSz.pdf
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 17.6.18. www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tuomi, S. 2008. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitös-kirja. Kuopion Yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteis-kuntatieteet 156.
- Turja, L. 2011. Lapset osallisina – kohti uutta varhaiskasvatuskulttuuria. Varhaiskas-vatus tänään, Suomen Varhaiskasvatus ry:n verkkolehti. Toukokuu 2011, 24-35.
- Types of healthy settings. Health promoting hospitals. WHO. Viitattu 13.2.18. http://www.who.int/healthy_settings/types/hospitals/en/
- Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turku: Painosalama Oy.
- Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vilén, M., Vihunen, R., Vartiainen, J., Sivén, T., Neuvonen, S. & Kurvinen, A. 2011. Lapsuus, erityinen elämänvaihe. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.
- WHO. 2004. Standardit terveyden edistämiseksi sairaaloissa. Viitattu 22.2.18. http://steso.fi/data/documents/Terveyden-edistamisen-standardit-suomi-2006-10-10.pdf
- WHO. 2015. Assessing the respect of children's rights in the hospitals of Georgia. Viitattu 18.3.18 http://178.134.28.190/AttachedFiles/children%27s%20rights_afd41403-c733-4bcc-bdd1-a98a5bc9db26.pdf
- Yleissopimus lapsen oikeuksista. 1989. Yhdistyneet kansakunnat. Viitattu 15.1.18, https://unicef.studio.crasman.fi/pub/public/pdf/LOS_A5fi.pdf.